SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Publier sur internet par : Nursing unity

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Cours dispensé par :

Mlle . EL YAZGHI .

LA SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE L'ADULTE

LA SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE L'ENFANT

LA SEMIOLOGIE

PSYCHIATRIQUE DE L'ADULTE

LES OBJECTIFS THEORIQUES

- Définir la psychiatrie, la santé mentale, la maladie mentale, et la sémiologie psychiatrique
- Connaître les symptômes psychiatriques de l’adulte et leurs troubles

LA SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE L'ADULTE

- **PLAN :**

- **1- L'étude de la présentation :**

- 1-1 L'étude de l'activité psycho-motrice
- 1-2 L'étude de la tenue et des soins corporels :
- 1-3 L'étude de la mimique :
- 1-4 L'étude du contact :

- **2- L’étude des activités psychiques de base :**
- 2-1 Etude de la conscience
- a- Les troubles de la conscience de l’environnement : (Vigilance, Attention)
- b- Les troubles de la conscience de soi :
- 2-2 Etude de la mémoire :

- **3- Troubles du langage :**

- **3-1 Les troubles du rythme**

- **3-2 Les troubles de la continuité**

- **4- Troubles de la pensée**

- **4-1 Les troubles du rythme**

- **4-2 Les troubles de la continuité :**

- 5 - Les troubles de la perception :

- 6 - Troubles de jugement :

- 7 - Troubles de l’humeur :

- 5-1 Définitions
- 5-2 Troubles

- **8- Les troubles des conduites sociales** :

  - Les troubles du sommeil :
- a- Les insomnies :
- b- Les hypersomnies :
- c- Les parasomnies :
  - Les troubles des conduites alimentaires :
- a- Les anorexies
- b- Les boulimies :
- c- Les autres troubles
  - Les troubles des conduites sexuelles :
  - Les troubles des conduites relationnelles :

- **9 - Les troubles de l'insight :**

- **10 -Les troubles de la personnalité :**

I- DEFINITIONS

1. La sémiologie :

- Sémiologie du grec « séméion », le signe, et logos, étude.
- Sémiologie : Science ou étude des signes .
- Terme sémiotique : Même idée.

2 - La psychiatrie :

- Psychiatrie provient du grec psyché= âme ou esprit, et iatros qui signifie médecine (littéralement médecine de l'âme).
- Psychiatrie : spécialité médicale qui intéresse les maladies mentales : du diagnostic au traitement mais aussi la prévention. Elle est pratiquée par médecin psychiatre .

3 - La sémiologie psychiatrique :

- **Sémiologie psychiatrique** : Branche de la sémiologie médicale. Elle étudie les signes, et symptômes observés au cours des troubles mentaux.

4 - La maladie ou trouble mentale :

- Affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou les comportements de façon à causer une souffrance psychique du patient et ou de son entourage.
- Elle fait partie du champ d'étude et pratique de la psychiatrie, de la psychopathologie et de la psychologie clinique.

5 - La santé mentale

- Santé selon OMS: « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité». La santé mentale est de ce fait, une composante essentielle de la santé.
- Elle n’est pas que l’absence de troubles ou de handicaps mentaux.

- Santé mentale : état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Elle est ainsi, le fondement du bien-être d’un individu et du bon fonctionnement d’une communauté.

L’étude de la présentation générale :

La présentation générale est la 1ère donnée de l'entretien infirmier qui se livre à nous dés le 1er contact avec le patient. En effet, l'étude de ses éléments : l'activité psycho-motrice (l'attitude, le comportement moteur), la tenue et les soins corporels, la mimique et le contact peuvent déjà orienter vers un syndrome et/ou un trouble psychiatrique.

- 1-1 L’étude de l’activité psychomotrice :

- Elle est un des aspects les plus immédiats et directement observable par lesquels s’expriment les perturbations de la pensée. Son interprétation se fond sur l’analyse de l’ensemble des données de l’entretien. Son évaluation doit être est quantitative et qualitative.

- a- **L'étude quantitative**

- **a-1 Augmentation**

- - **L'hyperactivité :** est l'augmentation des conduites motrices et des comportements complexes, qui peut être **coordonnée et efficace.** (Exemple : Sujet normal, hypomanie, manie, l'enfant hyperactif).

- - **L’agitation :** le niveau d’hyperactivité motrice est important, et les comportements se succèdent **sans coordination et sans efficacité.** Les conduites agressives sont fréquentes (Exemple : Schizophrénie, manie, psychopathie).
- - **La fureur :** une agitation extrême avec colère et agressivité incontrôlée, destructive et parfois meurtrière (Exemple : manie coléreuse, épilepsie).

- **a-1 Diminution :**

- - **Le ralentissement psychomoteur** : l'activité motrice est diminuée. Les gestes et la marche sont lents. Les expressions mimiques sont pauvres. La parole est rare, lente et hésitante (Syndrome dépressif (mélancolie), schizophrénie déficitaire).

- **- La catatonie** :
- Elle comporte 2 types de troubles, le négativisme moteur et la passivité.
- * Le négativisme moteur exprime une opposition aux sollicitations extérieures ; le patient reste figé dans une attitude de raideur, opposant un refus total à toute tentative de mobilisation corporelle. Il est amimique, indifférent, refuse l'alimentation et la main tendue.

- * Le syndrome de passivité comporte également une absence d’initiative motrice, mais associée à une obéissance « automatique » aux injonctions de l’entourage qui peut aller jusqu’à la répétition immédiate des actes (échopraxie) et des mimiques (échomimie) de l’interlocuteur.

- La catalepsie désigne une inertie motrice avec une « flexibilité cireuse » des muscles des membres, que caractérise une hypertonie plastique, le patient gardant les positions spontanées ou imposées sans prendre l'initiative d'une position de repos (maintien des attitudes : signe de l'oreiller) (Exemple : Schizophrénie, états confusionnels toxiques ou infectieux).

- - **La stupeur :** toute l’activité motrice est suspendue ; le malade est figé, totalement immobile, mutique, ne réagissant à aucune des stimulations extérieures. (Exemple : Mélancolie, catatonie, confusion mentale).

- **<u>La cataplexie :</u>** est une perte brutale du tonus musculaire survenant par brefs accès de quelques secondes à quelques minutes, entrainant une chute brutale, sans prodrome et sans perte de conscience.
- Elle peut être partielle (chute de la tête ou une flexion des genoux) ou s’associer à une narcolepsie (endormissement rapide et invincible survenant en plein activité et durant 15 à 30 minutes).

- **b- Etude qualitative :**

- Ce sont des symptômes moteurs qui peuvent se voir en dehors d'une modification quantitative de l'activité psychomotrice de base.

- **Les tics :** des mouvements anormaux, involontaires mais conscients, brusques, brefs et spasmodiques.
- **Les comportements rituels :** une large gamme de conduites qui peut être banale ou complexe, répétitive et envahissante comme dans le trouble obsessionnel compulsif : Rituel de lavage, de vérification, de comptage.

- **L’impulsion :** le besoin impérieux et brutal de réaliser un acte délictueux, agressif et absurde (Exemple : psychopathie, suicide, alcoolisme).

- **Les stéréotypies :** mouvements répétitifs, sans but adapté, souvent bizarres et toujours identiques à eux-mêmes (balancements du corps, hochement de la tête). (Exemple : schizophrénie, personnalité hystérique).

- **1-2 La tenue vestimentaire et soins corporels :**
- - Débraillée, désordonnée, bizarre (Exemple : Schizophrénie)
- - Excentrique, tirée à 4 épingles, vulgaire (+maquillage) inadaptée au contexte ou aux impératifs sociaux, au sexe, au genre, à l'âge (Exemple : Manie, hystérie).

- Négligence corporelle, voire incurie = manque total de soin et d'hygiène (odeur), et indifférence aux conséquences de ce comportement (schizophrénie, mélancolie, démence).

- **1-3 Expression du visage, Mimique :**

  physionomie, et expression des émotions.

- \- Hypomimie : visage peu expressif, regard fixe, dans le vide ou retenu par un objet (Mélancolie ou dépression).

- \- Amimie : visage figé, immobile pas d'expression (schizophrène, mélancolie).

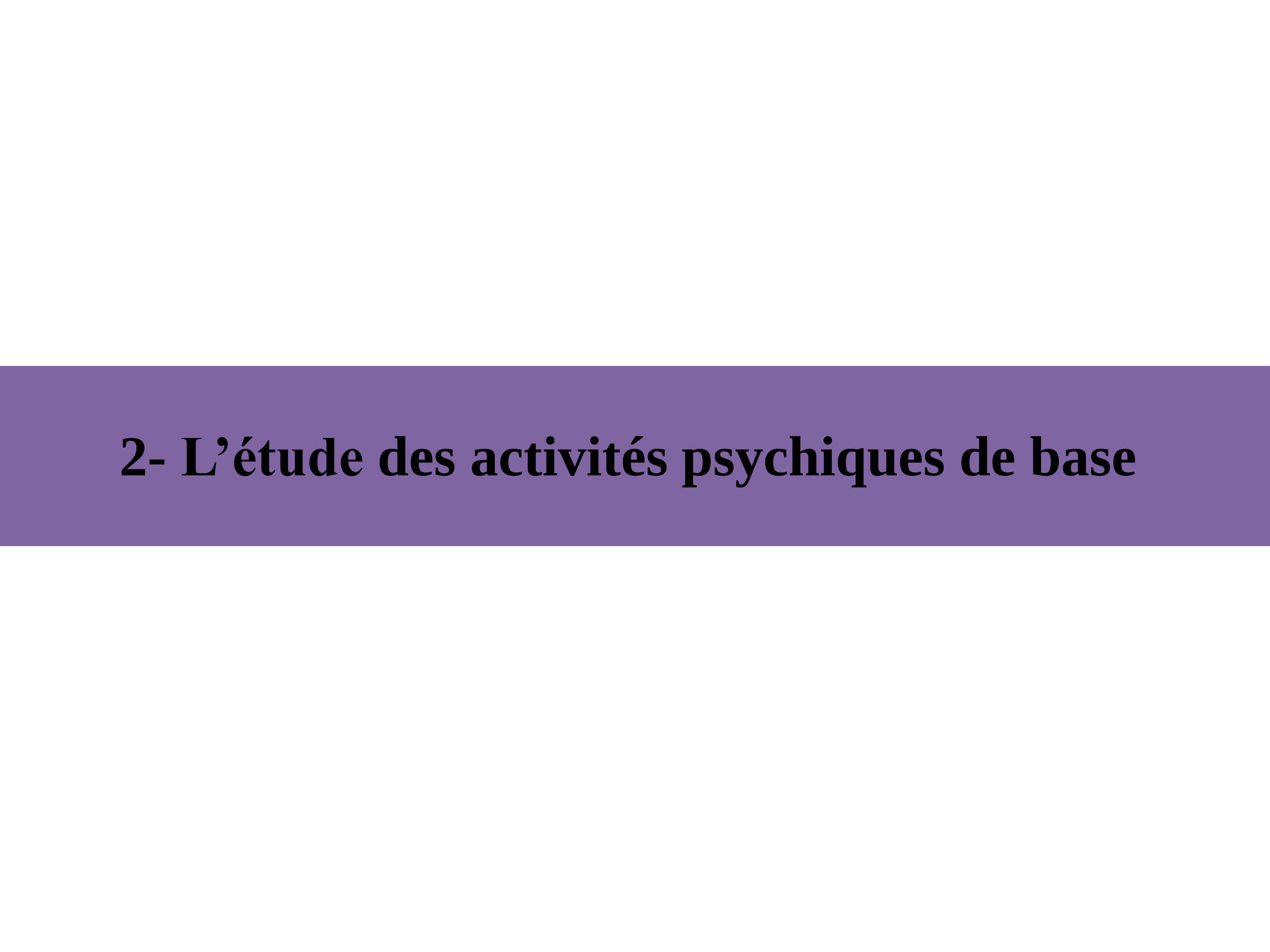
- <u>Hypermimie</u> : visage hyper-expressif, très mobile peut être généralisée et concerner tous les affects (de plaisir ou de souffrance) souvent dans le registre euphorique ou dysphorique : coléreux (maniaque) ou séducteur (hystérique).

- - Dysmimie ou Paramimie : mimique discordante, inadaptée à l'expression verbale sourires immotivés, parasitisme mimique, maniérisme (schizophrène).

- 1- 4 Le contact :

- - Coopératif, actif, aisance dans l’expression avec familiarité excessive ou ludisme comme dans la manie (joueur, il se moque, calembours inadaptés)
- - Réservé ; Réticence pathologique et méfiance : sujet qui refuse le contact, l'évite manifestement (Psychose)

- - Passif, indifférent : dépressif
- - Opposant (mutisme ou semi-mutisme) : tous les troubles mentaux.
- - Distant, froid, détaché, indifférent et superficiel (schizophrène).


2- L’étude des activités psychiques de base

- Les activités psychiques de base sont constituées de **la conscience**, la **vigilance**, **l'attention** et **la mémoire.**

- **2-1 l’étude de la conscience :**

- La conscience est constituée par la capacité d’orientation dans le temps (temporelle) et dans l’espace (spatiale), la vigilance et l’attention.

- **a- Troubles de la conscience de l’environnement :**

- **a-1 Les troubles quantitatifs :**
- **a-1-1 Les troubles de la vigilance :**

- La vigilance comprend la capacité de percevoir les informations ambiantes, de reconnaître le lieu ou on se trouve, les personnes de l’entourage ; de se nommer et de se présenter.

- **L'hypervigilance** : signe une augmentation de la vigilance. Les personnes hypervigilants sont aux aguets des stimuli anxiogènes, ont du mal à se concentrer sur autre chose (Exemple : manie et anxiété).

- **- Déficit de la vigilance** : on différencie plusieurs niveaux, de la vigilance, du claire au coma.

- **Obtusion de conscience** (ou conscience émoussé) est analogue à l’obnubilation : difficulté à penser et de comprendre, lenteur de la pensée, une torpeur intellectuelle, une difficulté à se repérer dans le temps et dans l’espace. Aux moments de confusion alternent des moments de relative lucidité.

- **Hébétude** : la pensée, la mémoire et l’attention paraissent sidérées. Le sujet parait lointain et indifférent à ce qui l’entoure.

- **Confusion mentale :** baisse importante de la vigilance qui est fluctuante selon les moments de la journée avec désorientation temporo-spatiale, trouble du jugement et du raisonnement, trouble de l’attention, amnésie de fixation (antérograde).

- **L'onirisme ou l'état oniroïde** : comme un rêve qui fait irruption dans la conscience. C'est une sorte de rêve éveillé auquel le sujet adhère et peut être dangereux (délire en acte) le sujet agit en fonction de son contenu onirique souvent associé à une désorientation spatio-temporelle.

(État confuso-onirique du delirium tremens : complication aigue de sevrage à l'alcool.

- **Coma :** perte totale de la conscience avec absence totale ou partielle de la réactivité aux stimulations douloureuses.
- Dans la plupart des pathologies mentales (sauf ceux secondaires aux intoxications aux drogues), l'état de conscience est préservé
- Si trouble de conscience, pensé au syndrome confusionnel et adresser au service des urgences.

- a-1-2 Les troubles de l'attention :
- On peut avoir un bon état de conscience mais de mauvaises facultés attentionnelles.
- **- Hyperprosexie:** augmentation de l'attention (Anxiété) ;
- **- Hypoprosexie :** incapacité de se fixer sur quelque chose, (Etats psychotiques et maniaques) ;
- **- Distractibilité** (trouble de l'attention sélective) : extrême distraction : fréquente dans la schizophrénie.

- **a-2 Les troubles qualitatifs de la conscience**

- • **L’état crépusculaire** : est proche de la confusion mentale dont il partage l’obnubilation, mais qui laisse possible la conservation d’une activité relativement cohérente et coordonnée. S’il existe une activité hallucinatoire ou onirique, elle est en partie consciente et critiquée.

- Elle peut entrainer des comportements pathologiques (fugue, agression) à caractère automatique l’état crépusculaire est en règle générale transitoire et suivi d’une amnésie partielle ou totale. (Troubles métaboliques cérébraux, grands traumatismes émotionnels, certaines épilepsies).

- **Les états seconds :** il s’agit d’une « méconnaissance » sélective et d’un « rétrécissement du champ de la conscience », qui ne prend pas en compte une partie du comportement du sujet. En effet, ce dernier peut se livrer à des actes très précisément coordonnés, mais qui lui paraissent étrangers et en rupture avec sa personnalité habituelle. Ces états sont labiles, sensibles à la suggestion et suivis d’une amnésie elle-même superficielle. (Exemple : Hystérie).

- **b- Les troubles de la conscience de soi :**
- La conscience de soi peut être perturbée dans tous les troubles de la vigilance et de l’attention qui ont été évoqués ci-dessus, de même que dans les troubles perceptifs.
- Nous n’envisagerons ici que les troubles spécifiques de la conscience de soi corporel et psychologique.

- **b-1 Les troubles du schéma corporel :**
- - L'illusion du membre fantôme : perception par les amputés de la présence des mouvements du membre amputé.
- - L'hémiasomatognosie, ou perte de la conscience d'un hémicorps, observé dans les lésions de l'hémisphère mineur ;

- **b-2 Les altérations de l’image du corps des états délirants :**

- Chapitre des troubles délirants

- **b-3 La dépersonnalisation :**

- C'est l'impression de modification corporelle et de transformation de la personnalité. Le sujet perd le sentiment de familiarité avec son corps, il le perçoit changé, inhabituel, et étrange.

- Il a également l’impression de ne plus être lui-même, il doute de son identité, ne se reconnaît plus, ne sait plus si ses pensées sont à lui. La dépersonnalisation s’accompagne souvent de déréalisation (Exemple : Crise d’angoisse, épisodes aigus de la schizophrénie : signe du miroir).

- **2-2 L’étude de la mémoire :**

- La mémoire est la fonction psychique qui permet d’enregistrer, de conserver et d’évoquer les informations et les expériences du passé et de les confronter aux données de la situation présente.

- **a- Les troubles de la mémoire :**
- **a-1 l’amnésie de fixation :**
- Incapacité d’intégrer de nouvelles informations alors que les informations anciennes sont conservées. C’est l’amnésie antérograde.

- **a-2 l’amnésie d’évocation :**
- Incapacité de remémorer une information qui a été normalement fixée. C’est l’amnésie rétrograde.
- **a-3 l’amnésie de conservation :**
- Elle d écrit l’effacement définitif de souvenirs normalement fixés.

- **a-4 l’amnésie antéro-rétrograde :**
- Elle porte à la fois sur la fixation et l’évocation.
- **a-5 l’amnésie lacunaire :**
- Elle porte sur une période précise nettement délimitée dans le temps.

- **b- Les amnésies organiques transitoires :**

- **b-1 L'ictus amnésique :**

- D'apparition brutale, marqué par un oubli à mesure total contrastant avec la conservation du langage et de la capacité d'effectuer les gestes et les actes de la vie courante, dont le malade ne garde aucun souvenir.

- Il s'y associe une amnésie rétrograde portant sur les quelques jours qui précèdent l'accès et des difficultés moins complètes d'évocation des faits plus anciens.

- **b-2 Les amnésies post-traumatiques :**

- Elles succèdent au coma, elles comportent une amnésie antérograde avec oublis à mesure, qui commence avec la confusion mentale qui suit le coma. Elle se prolonge quelques semaines ou quelques mois, puis s'estompe pendant que les capacités de fixation s'améliorent.

- Une amnésie rétrograde portant sur les mois, voire les années précédant le traumatisme ; à terme une lacune persiste presque constamment portant sur les heures ou les jours précédant le coma et sur les jours ou les semaines qui le suivent.

- **b-3 Les amnésies transitoires :**
- - Lors des confusions mentales (encéphalopathie toxique ou métabolique, crise comitiale généralisée).
- Après la fin de celles-ci, les troubles de l'évocation disparaissent en quelques semaines, mais il peut persister une lacune totale ou partielle de la période du traitement.

- **c- les amnésies organiques définitives :**
- **c-1 le syndrome de Korsakoff :**
- Il comporte une amnésie de fixation avec conservation de la mémoire immédiate, mais oubli à mesure de toute nouvelle information, entraînant une amnésie antérograde et une tendance aux fabulations compensatoires. L'étiologie du syndrome est dominée par l'alcoolisme chronique.

- **c-2 les amnésies mixtes avec des atteintes corticales :**

- Les troubles de la mémoire concernent aussi bien la fixation que l’évocation, sont généralement associés à d’autres déficits neurologiques qui varient en fonction des zones corticales intéressées.

- **d- les amnésies fonctionnelles et affectives :**
- Elles surviennent en dehors de toute lésion cérébrale.
- **d-1 les amnésies électives :**
- Elles témoignent du caractère actif et signifiant de l’oubli.

- Ces amnésies peuvent porter sur toute une période de la vie du sujet, sur un événement marquant, sur les relations avec une personne déterminée. Leur caractère sélectif est très caractéristique du refoulement destiné à préserver le sujet des émotions insupportables.

- **d-1-1 <u>les dissociations mnésiques des hystériques:</u>**
- Elles sont rares : fugue amnésique, personnalité multiple, ou « oubli » total du passé.

- d-1-2 les amnésies post-traumatiques :

- Elles ont pour particularité de concerner de façon lacunaire l'événement traumatisant et les faits qui s'y rattachent (névrose de guerre, pathologie des catastrophes, agression physique ou deuils brutaux).

- **d-2 les amnésies des schizophrènes :**
- Il existe diverses distorsions de la mémoire avec oublis lacunaires (qui relèvent de l'indifférence ou de la perplexité), des modifications des souvenirs, infiltrés d'élaboration imaginaires et de constructions délirantes, des négligences concernant des domaines ou des personnes importantes, contrastant avec des réminiscences très précises et tenaces de détails a priori peu compréhensibles.

- **e- les autres troubles de la mémoire :**
- **e-1 les paramnésies :**
- - L'ecmnésie, consiste en l'irruption dans la conscience du sujet de souvenirs du passé ressentis et revécus comme présents, appartenant à l'expérience actuelle. Elle peut avoir le caractère d'une reviviscence actuelle d'un défilé panoramique du passé (hystérie, confusion mentale).

- \- l’illusion du déjà vu ou déjà vécu qualifie une impression ressentie par le sujet d’avoir déjà vu en scène qui se déroule devant lui, déjà éprouvé les mêmes sentiments, déjà vécu la même situation. Ces phénomènes, qui ne sont pas toujours pathologiques, s’observent dans certains états d’anxiété, de schizophrénie ou états oniroïdes et l’épilepsie temporale.

- **e-2 Les hypermnésies :**

- On utilise parfois ce terme pour qualifier une exaltation des évocations de souvenirs qui accompagne l’accélération des processus de pensée dans les états d’excitation.

- Ce trouble s’observe également chez des sujets présentant un développement exceptionnel des capacités mnésiques, en discordance avec une intelligence très moyenne .

- La fonction mnésique hypertrophiée est alors généralement sélective, limitée aux nombres, aux dates, aux mots, entretenue par des exercices mécaniques et répétitifs mentales dans les autres domaines. Ces hypermnésies ne doivent pas être confondues avec celles qui existent au contraire dans un contexte d’intelligence brillante ou de personnalités pathologiques (obsessionnelles ou paranoiaques).

3- L’étude du langage:

- Le langage est l’aptitude humaine à communiquer au moyen de signes vocaux. Il a une fonction d’expression de la pensée.

- **4-1 Altération du rythme ou du débit verbal :**
- **a- Rythme accéléré : tachyphémie :**
- Rythme de parole accéléré, fait de parler à toute vitesse ; logorrhée : flot de paroles rapide et incoercible (on peut être logorrhéique sans tachyphémie) (courant dans les états maniaques)

- **b- Rythme ralenti : bradyphémie :**

- Débit verbal ralenti (s'inscrit dans un ralentissement psychomoteur global qui s'observe aussi dans la gestuelle) (se rencontre dans les états dépressifs sévère).

- **c- Manifestation d’un refus ou d’une réticence à communiquer**

- c-1 Mutisme :

- C’est l’absence de production verbale, en l'absence d'un déficit des capacités d'expression et des compétences linguistiques : le sujet est capable de s’exprimer mais il ne le fait pas (Aphasie qui est une perte des capacités linguistiques).

- c-2 Semi-mutisme ou mutisme partiel :

propos rares, le patient parle peu, est très

réticent; il répond de façon

monosyllabique, avec des temps de silence

état intermédiaire très fréquent.

- c-3 Mussitation :

- Propos rares exprimés à voix basse ; la motivation est difficile à appréhender, mais la réticence n'est pas au premier plan.

- **4-2 Comportements verbaux pathologiques :**

- **a - Stéréotypies verbales :**

- Répétitions, sans intention évidente d’exprimer quelque chose, d'une même phrase ou d'un même mot, de façon mécanique et répétitive, sans intention de communication (Schizophrénie).

- **b- Echolalie** :
- Répétitions en écho de ce que vient d’être dit (par le patient ou son interlocuteur). La répétition concerne soit le dernier mot, ou la dernière phrase (Psychoses).

- **c- Palilalie :**
- Répétition d’une syllabe ou d'un mot, involontaire et mécanique.
- **d- Persévérations verbales** :
- Persistance et répétition de mots d'une phrase appartenant à un dialogue antérieur : le patient parle et ne peut s'empêcher de répéter en boucle ce qu'il vient de dire, (proche des stéréotypies) (Lésions cérébrales ; schizophrénie).

- **e- impulsion verbale** :
- Émission brutale, soudaine et incoercible de mots, de phrases en rupture avec le comportement antérieur du sujet.
- **f- le maniérisme verbal** :
- Langage recherché, compliqué, maniéré, surchargé, emphatique (Schizophrène à différencier du théâtralisme de l’hystérique).

- **g- le puérilisme verbal :**

pauvreté et caractère infantile, immature de l'expression orale, (parlé bébé).

- **4-3 Altérations sémantiques :**

- **a- Les néologismes** : création de mots qui n'existent pas (Schizophrénie)

- **b- Le paralogisme sémantique** : utilisation d'un mot existant dans un sens dévié que lui donne le patient (schizophrénie).

- **4-4 Troubles syntaxiques** : altérations de la structure grammaticale.
- **a- Agrammatisme** : suppression d'articles, de prépositions, d'adjectifs, adoption d'un style télégraphique.
- **b- Paragrammatisme** : erreurs syntaxiques
- Il s'observe dans l’aphasie. Le discours du schizophrène est très difficile à comprendre, car il est plein de néologismes mais il reste correct sur le plan de la syntaxe.

- **4-5 Perte de la fonction de communication du langage**
- **a- Le soliloque :** patient qui parle tout seul (Schizophrénie).
- **b- Les verbigérations :** émissions de mots dépourvues de sens, sans but expressif autre qu'une activité déclamatoire, parfois modulés comme une litanie,(Schizophrénie).

- **c- la schizophasie** : associations de
- - Troubles sémantiques (néologismes)
- - D'altérations grammaticales
- - Interruption de la continuité et de la cohérence du discours, difficile à suivre, mais la volonté de s’exprimer existe

- Salade des mots : forme la plus déstructurée ; on ne comprend plus rien (langage très éthéré) (Lésions cérébrales), mais pas à ce point chez les schizophrènes).
- - Syndrome de Ganser : lorsque la réponse est systématiquement à côté, propos absurdes, dépourvus de sens bien que syntaxiquement acceptables (Schizophrénie).

- **4-6 Troubles de la réalisation motrice des mots difficultés de prononciation et d'élocution :**

- **Aphasies**

- L’aphasie est la perte de la faculté de comprendre et/ou d’utiliser le langage parlé et ou écrit chez un sujet qui a acquis un langage normal. Elle est due à des lésions de l’hémisphère gauche chez les droitiers.

L'aphasie de WERNICKE :

- \- l'expression orale rappelle le langage normal, toutefois le discours est peu ou pas compréhensible du fait d'un manque de mots exacts. Ceux-ci sont remplacés par une production erronée de mots déformés ou néoformés avec au maximum un langage incompréhensible.

- la compréhension orale est constamment perturbée. Elle est toujours très franche, parfois massive mais souvent incomplète.
- Le langage écrit est perturbé de façon parallèle au langage oral.
- Le malade est anosognosique et parait indifférent à son trouble.

L’aphasie de Broca :

- la réduction du langage est constante mais d’intensité variable. On peut observer un mutisme ou un discours monotone, pauvre avec des difficultés voire une impossibilité d’émettre les mots désirés.
- La compréhension orale et écrite est constamment perturbée mais de façon modérée.
- Le langage écrit est difficile à apprécier du fait d’une hémiplégie droite.
- Le malade n’est pas anosognosique.

4- L’étude de la pensée :

- La pensée est une activité psychique consciente qui se définit comme un enchainement d’idées, d’images mentales et d’associations, dirigé vers des conclusions ou des jugements correspondant au consensus de la majorité des individus quant à la notion de « réalité ».

- **5-1 Les troubles du cours de la pensée :**

- Il peut être perturbé, dans son rythme (accéléré ou ralenti), et dans ses enchainements, sa continuité et ses associations.

- **Tachypsychie :**
- - Est une accélération du rythme de la pensée. Elle se traduit par une pensée rapide, ou se succèdent sans cesse les souvenirs, les détails du présent, et parfois les productions imaginaires. En général.
- - La fuite des idées, est un éparpillement de la pensée, qui vole d’un détail à l’autre, multiplie les digressions et change sans cesse de thème.

- Les associations d’une idée à une autre se font sans logique, soit par assonance entre les mots, par contiguïté ou par ressemblance approximative (Manie, intoxication par les psychostimulants).

- **b- Bradypsychie** :

- C’est un ralentissement du rythme de la pensée. Celle-ci est lente, laborieuse ; le sujet parait faire un effort important pour répondre aux questions, il est hésitant, peu intéressé et donne une impression de pauvreté intellectuelle.

- les associations des idées sont rares et pauvres.
- Le monoïdéisme traduit l’adhérence de la pensée à un thème unique, sans cesse énoncé, de culpabilité ou d’incurabilité (mélancolie).

- **c-La discontinuité de la pensée :**

- Elle témoigne d’une perte de la cohésion des contenus de la pensée : Relâchement des associations.

- Le cours de la pense est fluctuant, pouvant présenter des moments de stase, voire d'arrêt apparent (barrages) ; il peut être diffluent, la pensée se dispersant et s'éparpillant sans cesse (passage du coq à l'âne et réponses à côté) ; il peut être interrompu est contaminé par des pensées parasites ; il peut enfin être répétitif et stéréotypie (Schizophrénie).

- **5-2 Anomalies des contenus de la pensée :**

- **a- Troubles quantitatifs :**

- **a-1 Pensée pauvre :**

- Elle caractérise une insuffisance intellectuelle (congénitale ou acquise = retard mental, démence).

- **a-2 Pensée riche :**
- Elle n’est pas pathologique mais elle est plus subjective que réelle (Intoxication à l’alcool et aux psychostimulants).

- **b- Troubles imaginatifs :**
- **b- 1 Rêverie :**
- Est un état de conscience particulier, ou l'attention est relâchée et l'environnement est perçu de façon distraite.
- La pensée se laisse envahir d'idées vagues et d'images visuelles, au gré des mouvements de l'affectivité et de la dynamique pulsionnelle.

- Ces productions imaginaires sont appelées fantasmes. La rêverie n’est pas pathologique, excepté lorsqu’elle envahit totalement la vie du sujet.

- **b-2 Mythomanie** :
- Est une tendance plus ou moins consciente à mentir aux autres et à soi-même, à élaborer des fables, à raconter des histoires imaginaires ou le sujet se donne le beau rôle, et cherche, par ses récits, à attirer l'attention et l'intérêt d'autrui (banale chez l'enfant, pathologique chez les hystériques, psychopathies).

- **c- Prédominance d’une idée** :
- **c- 1 Idée fixe** :
- C’est une idée qui s’impose au sujet et qu’il accepte comme conforme à sa pensée et à sa personnalité. Elle n’est pas obligatoirement pathologique.

- \- l’idée fixe post-onirique : idée qui persiste comme résidu d’un accès confuso-onirique.
- \- monoïdéisme du mélancolique : une seule pensée envahit totalement la pensée d’un sujet bradypsychique.

- **c- 2 Obsession :**
- C’est une idée, une pensée ou une tendance qui assiègent l’esprit du sujet qui s’impose à lui, bien qu’il les tienne pour absurdes et s’efforce de les chasser. La conscience qu’à le sujet du caractère pathologique de l’obsession différencie celle-ci de l’idée délirante. Cette pensée émane de sa propre vie psychique. L’obsession s’accompagne d’une anxiété vive.

- **c- 3 Idée délirante ou Délire :**
- Le délire est une conviction inébranlable à laquelle le sujet adhère totalement, elle est inaccessible à la critique et aux démentis apportés par la réalité.
- Il s’agit de plus d’une pensée qui bouleverse le système de croyances du sujet et de ce fait, entraîne un bouleversement des rapports que le sujet a avec le monde et la réalité.

- Très souvent, les idées délirantes sont chargées d’une dimension affective et ont des implications qui bouleversent l’identité du sujet.
- Dans l’analyse sémiologique, il importe de caractériser un délire en spécifiant 4 dimensions : le mécanisme, le thème, la structure, l’évolution.

- **c-3-1 Les mécanismes :**
- Ils sont au nombre de 4 :
- Les hallucinations (sensorielles ou psychiques, chapitre)
- Les interprétations pathologiques : Les phénomènes de l'environnement fortuits et sans pertinence sont dotés par le sujet de significations particulières. C'est le type même de la fausseté de jugement paranoïaque, qui confère à des percepts exacts des significations délirantes.

- Plus rien n’est fortuit, tout fait sens pour le sujet, et ce sens vient alimenter ou renforcer sa construction délirante.
- •L’intuition : C’est une sorte de « révélation soudaine » dans laquelle, tout s’éclaire pour le patient. L’irruption de cette idée (délirante) confère un sens nouveau à ce qui entoure le sujet.
- •L’imagination : Elle contribue souvent « à enrichir » une construction délirante en cours d’élaboration.

- **c-3-2 Les thèmes du délire :**

- Il existe une variété, et ne seront évoqués ici que les plus fréquents, ou les plus spécifiques de certaines pathologies.

- Les idées de persécution : Thème le plus fréquent, et souvent prévalent. Il ne s’agit pas uniquement de la conviction d’une menace potentielle, mais la conviction d’un préjudice moral.

- Les idées de grandeur (mégalomanie) : Il s’agit d’idées de surestimation de ses potentialités et de son pouvoir, qui est en général l’expression d’idées de toute puissance, d’omnipotence. Il peut s’agir de la conviction délirante de disposer d’une fortune, ou d’appartenir à un « monde » exceptionnellement privilégié (famille royale, star du rock…).

- Les idées d’influence le sujet se croit soumis à des forces extérieures qui orientent ou forcent sa pensée, conditionnent son jugement, commandent ses actes (par télépathie, inspiration divine ou au contraire possession diabolique..).

- Les idées de référence : Conviction qu'a le sujet que tout ce qui se passe dans son environnement, tout ce qu’il peut observer autours de lui, le concerne. Conviction par exemple que toute conversation qu’il surprend entre des inconnus (dans la rue par exemple) est à son sujet.

- Les idées mystiques : l’appréciation du caractère pathologique peut être parfois délicate, face à des préoccupations religieuses très investies.

- La nature délirante des convictions peut être indiquée par des composantes hallucinatoires (voix, apparitions, influences « divines »…). Ce thème délirant est souvent associé à des idées de grandeur (conviction d’une mission divine, un rôle divin à jouer…).

- Les délires à thème passionnel : typiques de certaines formes de paranoïa)
- - délire de jalousie Conviction délirante d’être trompé par son partenaire.
- - délire érotomaniaque : Conviction délirante d’être aimé par autrui, en général une personne ayant un statut social élevé ou une notoriété importante.

- Délire de revendication ou de préjudice : elle s’accompagne d’une demande (auprès de la justice) de réparation (symbolique et matérielle).

- Les idées d'indignité
- Les idées délirantes de négation : Il s’agit de la conviction délirante que certains organes vitaux ont été ôtés et font défaut dans l’organisme (absence d’estomac, ou d’intestin…). Cette idée de « négation d’organe », propre au syndrome de Cotard et caractéristique de la mélancolie.

- Les idées délirantes de filiation : Le sujet est convaincu que ses parents ne sont pas ses parents, qu'il a été enlevé ou substitué. Ces idées s’associent souvent avec des idées de grandeur, le patient estimant qu’il appartient à une famille au rang social très élevé (famille royale, dynastie

- **c-3-3 La structure :** on distingue 2 situations :
- Le délire systématisé, bien structuré, organisé, cohérent. Il se développe dans l'ordre et la clarté et se présente de façon convaincante, argumentée.
- Le discours du patient paraît vraisemblable, mais il reste insensible aux arguments (ce qui « signe » le caractère délirant). Ce type de construction délirante bien structurée est typique du délire paranoïaque.

- Le délire non systématisé : Il s’agit au contraire d’idées délirantes désorganisées, incohérentes, éventuellement floues. Le sujet ne cherche pas à justifier ses convictions souvent polymorphes, changeantes. Cette forme est typique du schizophrène, appelé également délire paranoïde.

- c-3-4 le mode d’évolution du délire :
- - Il y’a les états délirants aigus, qui évoluent depuis moins de 6 mois.
- - Et les états délirants chroniques, dont la durée excède 6 mois. Le délire peut évoluer vers :

- * l’enkystement dans un système de croyances pathologiques relativement circonscrit et qui « n’envahit » pas l’ensemble des croyances du sujet.
- Ce type d’évolution est dit « en secteur » ;
- * l’infiltration de tous les secteurs de la vie du sujet. Ce type d’évolution du délire est dit « en réseau ».

6- L’étude de la perception :

- La perception est la fonction par laquelle l’esprit se représente les objets et prend conscience, à partir des données sensorielles, des informations qu’il reçoit sur lui-même et sur son environnement. Elle met en jeu les systèmes sensitivo-sensoriels, l’intégration corticale de leurs données, la vigilance et la mémoire. La pathologie de la perception est largement dominée par les phénomènes hallucinatoires.

- **Deux types d’altération de l’expérience perceptive :**

- **6-1 Altérations quantitatives de la perception :**
- Dans lesquelles certaines sensations sont éprouvées avec une intensité accrue ou anormalement atténuée.
- hyperesthésie : exacerbation de la sensibilité généralisée ou propre à un système sensoriel.

- hypoesthésie : atténuation des sensations perceptives, tout paraît lointain, fade…etc. mélancolie, schizophrénie déficitaire.

- **6-2 Altérations qualitatives de la perception :**

- Ce sont de fausses perceptions. Elles sont principalement représentées par les hallucinations.

- **L' hallucination** se définit comme une perception sans objet, ou du moins « sans objet à percevoir », à laquelle le sujet adhère et réagit comme si sa perception venait bien de la réalité extérieure.

- **Les fausses perceptions non hallucinatoires :**

- **a-1 les illusions :**

- Il s’agit d’une déformation de la perception d’un objet réel perçu (dont la forme est mal identifiée).

- Certains sont banales, liées à la forme à percevoir (illusion optique) ou à un état d’activation émotionnelle (illusion de bruit ou de forme dans l’obscurité) ; d’autres sont pathologiques, telle la micropsie de l’aura épileptique et de l’hystérie, les distorsions visuelles des états confusionnels et les illusions des états délirants, bien proches des phénomènes hallucinatoires.

- **a-2 l’hallucinose :**
- C’est une hallucination, reconnue comme pathologique et fausse par le sujet. Elle s’observe dans certaines lésions pédonculaires et dans les épilepsies partielles.
- **a-3 les hallucinations hypnagogiques :**
- Ce sont des perceptions qui surviennent à l’endormissement.
- **a-4 les hallucinations hypnopompiques :**
- Elles précèdent l’éveil

– **les hallucinations :**

- On distingue deux principaux types d’hallucinations, les hallucinations sensorielles et les hallucinations psychiques.

- **b-1 Les hallucinations sensorielles ou psychosensorielles :**
- Egalement nommées les hallucinations vraies
- Elles sont caractérisées par :
- - leur sensorialité (c'est à dire qu'elles impliquent précisément l'un des cinq sens et que leur contenu est doté de qualités sensorielles relevant de la vision, de l'audition, du toucher, du goût ou de l'odorat).
- leur spatialité, au sens où leur contenu peut être localisé spatialement quant à son orientation et à sa distance.

- - Pour mieux caractériser les hallucinations,

  il faut les considérer successivement selon

  le registre sensoriel :

- • les hallucinations acoustico-verbales :

  Elles sont les plus fréquentes.

- Le patient entend une ou des voix, des paroles qui souvent s’adressent à lui. Fréquemment, il s’agit de commentaires des actes, ou d’ordres, ou d’injonctions, ou encore fréquemment d’insultes, de menace…). (États psychotiques aigus ou chronique).

- On peut les suspecter devant : les attitudes d'écoute (sujet distrait et parasité) ; un dialogue hallucinatoire (sujet répond aux voix qu'il entend, par des mots) et sur des stratégies défensives du sujet (coton dans les oreilles, walkman à fond…).

- les hallucinations visuelles : Rares, Il faut distinguer les simples photopsies : hallucinations simples, perception de tâches de couleur, des hallucinations visuelles complexes : vision de personnages, de scènes visuelles.

- <u>les hallucinations olfactives et gustatives :</u>

- Elles ne sont pas rares. Le plus souvent sont hallucinées des odeurs désagréables interprétées sur un mode persécutif (on cherche à empoisonner le sujet, il s'agit de gaz toxiques…)

- <u>les hallucinations tactiles</u> : sensations de toucher ou de fourmillement, de piqûre, de brûlure, d'attouchement. Ces hallucinations sont désagréables.
- Elles peuvent intéresser n'importe quelle partie du corps, mais les régions génitales sont souvent impliquées.

- les hallucinations cénesthésiques : elles concernent l'intérieur du corps (sensibilité interne). Elles sont à tonalité désagréable, et s’accompagnent souvent d'une angoisse de transformation de corps Les régions concernées sont fréquemment la sphère abdominale, thoracique et génitale quand le sujet prétend qu'il a des sensations anormales à l'intérieur de son corps.

- **b-2 Les hallucinations psychiques** :

- Elles n’ont pas le caractère objectif et localisé dans l’espace des hallucinations sensorielles ; ce sont plutôt des images mentales ou des représentations idéiques que des perceptions.

- b-2-1 le syndrome d'influence :
- Caractérise les multiples phénomènes par les quels le malade exprime à son sentiment d'être dépossédé de sa vie intérieure et d'être entièrement dirigé de l'extérieur : sentiment d'avoir des pensées étrangères à lui-même, des pensées et des paroles imposées, d'être agi de l'extérieur, ou bloqué dans ses comportements.

- b-2-2 l’automatisme mental :
- Comporte une série de phénomènes psychiques : idées, perceptions, souvenirs, productions de mots ou de gestes qui s’imposent à la conscience du sujet, malgré lui et de façon presque mécanique. Il comporte :

- des sensations parasites qui correspondent à des hallucinations de tout type mais surtout auditives ;
- - des automatismes moteurs et idéiques, tels que des énonciations et des jeux verbaux et un dévidement incoercibles de la pensée ;

- des phénomènes d’écho de la pensée et des actes, ou le sujet a l’impression que ses actes, ses pensées et ses intentions sont énoncés, devancés, répétés en écho ou commentés par des voix intérieures indépendantes de lui.

7- Les troubles du raisonnement

- Ils se traduisent par des illogismes, c’est à dire par des inférences (déductions ou inductions) logiquement incorrectes.
- Ces troubles du raisonnement peuvent apparaître dans le discours ou l’argumentation du patient.

- On peut également les « tester » en proposant au patient des petits raisonnements logiques.
- On peut observer de tels troubles du raisonnement chez des schizophrènes dont la pensée est désorganisée (dissociée), mais aussi et plus typiquement dans les démences, ces troubles du raisonnement traduisant alors l’altération des facultés intellectuelles.

- Le rationalisme morbide : caractérise un type de pensée pathologique typiquement schizophrénique. Il s’agit d’un pseudo-raisonnement abstrait, complexe, dont on ne comprend ni le point de départ ni l’aboutissement, qui est totalement détaché de toute préoccupation concrète et de la réalité.
- Les troubles du raisonnement entraînent toujours des troubles du jugement, mais l’inverse n’est pas vrai.

8- Les troubles du jugement

- Le jugement c’est qualité générale et complexe de l’activité intellectuelle. Il conditionne l’adaptation aux réalités et les orientations de la vie du sujet, tout en restant relativement dépendant de la vie affective.

– 8-1: Les troubles de jugement par carence intellectuelle :

- le retard mental : comporte souvent mais inconstamment, un manque de jugement et de bon sens qui participe au handicape global. Cependant, la carence de jugement est modulée par le degré de maturité affective et n'est pas proportionnelle à l'insuffisance intellectuelle.

- <u>Le syndrome démentiel</u> : comporte constamment une altération du jugement, marquée par des erreurs logiques, une perte de l’autocritique et par des comportements incohérents ou incongrus.

- **8-2: les distorsions du jugement :**

- Elles peuvent être le fait de plusieurs types de troubles, notamment :
- les perturbations de la conscience et de la vigilance, dans les états confusionnels.
- L’envahissement par une expérience délirante aigue.
- Les interprétations délirantes et la pensée paralogique (c’est la fausseté du jugement caractéristique de la pensée paranoïaque).

9- L’étude de l’état émotionnel :

- **Les émotions** représentent l'ensemble des phénomènes affectifs qui caractérisent les réactions à une situation donnée. Elles ont une composante psychologique (affects) et somatique (végétative)

- **L’affect** est défini comme la tonalité du sentiment (agréable ou désagréable) qui accompagne une idée.

- **L’humeur, dénommée également « thymie » :**

- « une disposition affective de base, qui donne à chacun de nos états d’âme une tonalité agréable ou désagréable ; oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur »

- Le trouble de l’humeur devient pathologique lorsqu’il constitue une réponse univoque à des situations variables, ou lorsqu’il est d’une intensité disproportionnée.

- **9-1 Les troubles de l’état émotionnel :**

- **a- L’expression générale des émotions :**
- - L’hyperémotivité le patient est sujet à des réactions émotionnelles exagérées (états de stress post-traumatique, état maniaque, syndrome démentiel).
- Un défaut d’émotivité est retrouvé dans la froideur schizophrénique, l’émoussement affectif du dément, la contention des émotions de l’obsessionnel, ou encore chez le patient déprimé.

- L’inadéquation de l’émotivité : décalage entre l’affect exprimé et le contenu du discours, cela est caractéristique dans la discordance du schizophrène.

- - La labilité émotionnelle est fréquente et consiste en un passage très rapide et brutal d’un état émotionnel à un autre (du calme aux pleurs puis au rire ou à l’agressivité par exemple).

- **9-2 - Les troubles de l’humeur :**

- **a- Humeur dépressive :**

- Elle comporte une tonalité affective de tristesse constante, d’une intensité qui peut aller de la morosité à la douleur morale la plus profonde.

- Elle s’accompagne d’une vision pessimiste de l’avenir, d’une représentation péjorative du présent et du passé, d’un sentiment d’incapacité et de dévalorisation de soi, d’un désintérêt global et d’un désir de mort.

- **b- Humeur expansive :**

- L’affect de base est l’euphorie, sentiment de bien être et de satisfaction qui peut atteindre un niveau d’extase.

- L’humeur est souvent mobile passant rapidement de l’euphorie à l’ironie, à la colère et parfois l’agressivité (manie, prise d’alcool).

- **c- Indifférence affective :**

- Ou athymie c'est l'absence de tout mouvement affectif, l'indifférence à l'environnement, l'absence d'investissement et de sentiment (schizophrénie).

- 4- autres réactions émotionnelles :

- 4-1 Anxiété: c'est un état émotionnel pénible qui comporte d'une part des sentiments d'alarme, d'attente et d'appréhension d'un danger à la fois éminent et imprécis, et d'autres part des manifestations physiques, neurovégétatives.

- <u>4-2 Colère et agression :</u>

- La colère est une émotion brutale qui s’exprime par une excitation verbale et gestuelle, orienté dans le sens de l’agressivité et qui s’accompagne des manifestations neuro-végétatives dominées par l’éréthisme cardio-vasculaire .

10-5 L’étude de l’insight :

- L’insight est un terme anglais. Son évaluation permet de connaître la conscience, du malade, de son trouble mental.
- Il est généralement perturbé dans les psychoses (schizophrénie) et conservé dans les troubles anxieux par exemple.

10-6 L’étude de la personnalité :

- **1- Définitions :**
- - La personnalité correspond à la permanence des pensées, des comportements et d’un style relationnel.
- - La personnalité est dite normale lorsqu’il existe un équilibre satisfaisant entre les différentes composantes de la personnalité et dans la relation et l’interaction du sujet avec son environnement. Cet équilibre est maintenu constamment assurant un maximum de possibilité d’action, de création, de communication sans préjudice ni pour le sujet ni pour l’entourage.

- - La notion de personnalité pathologique, aussi mal définie soit-elle, s’est imposée progressivement pour qualifier des sujets qui, par leur manière d’être, leurs conduites et leur style relationnel étaient significativement différents des personnalités « normales » ou habituelles, sans présenter pour autant les symptômes d’un trouble mental caractérisé.

- 2- Les personnalités pathologiques :
- On rassemble les troubles de la personnalité dans trois « groupes » désignés sous les appellations de « clusters » A, B et C.

- - **Le cluster A** désigne les personnalités caractérisées par des originalités et des bizarreries du comportement parfois excentrique ; il regroupe :
- La personnalité paranoïaque,
- La personnalité schizoïde
- Et la personnalité schizotypique.

- **Le cluster B** regroupe les personnalités dans lesquelles l’expression spectaculaire des émotions est ce qui apparaît le plus manifeste sur le plan comportemental. Il regroupe :
- La personnalité histrionique,
- La personnalité narcissique,
- La personnalité borderline
- Et la personnalité antisociale.

- **Le cluster C** enfin désigne les personnalités anxieuses, craintives, vulnérables, souvent inhibées. Il regroupe :
- La personnalité évitante,
- La personnalité dépendante
- Et obsessionnelles compulsives.

- **3- 1 La personnalité schizoïde :**
- Elle est caractérisée par :
- - le repli sur soi
- - le retrait social
- - des difficultés à nouer des relations humaines
- Et une affectivité rétrécie

- **3-2 La personnalité histrionique :**
- Elle est caractérisée par :
- - l’histrionisme
- - l’hyperémotivité
- - la dépendance affective
- - et l’égocentrisme

- **3-3 La personnalité évitante** :

- Elle est caractérisée par une conduite d’inhibition dans la vie sociale qui est témoin d’une sensibilité extrême au rejet

- Évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d’être critiqué, désapprouvé ou rejeté
- Montre de la retenue ou de la réticence dans les relations

  intimes par crainte d’être exposé à la honte.
- Est inhibé dans les nouvelles situations interpersonnelles à cause d’un sentiment de ne pas être à la hauteur.
- Se voit comme socialement incompétent.
- Réticent à prendre des risques personnels ou à s’engager dans de nouvelles activités par crainte d’éprouver de la gêne ou de l’embarras.

3-4 La personnalité paranoïaque :

- Hypertrophie du moi ;
- Rigidité ;
- Obstination et intolérance ;
- Méfiance et susceptibilité ;
- Fausseté du jugement ;
- Tendance aux fausses interprétations ;

- 3-5 Personnalité schizotypique :

- Bizarrerie du comportement et du langage;

- Pensée floue et hermétique ;

- **3-6 Personnalité narcissique :**

DSM 4 :

- le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple, surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport) ;

- Absorbé par des fantasmes de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté, de perfection, ou d'amour idéal ;
- pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;

- Montre un besoin excessif d'être admiré ;
- Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;

- Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins (mensonges, chantages, violence verbale, etc.) ;
- Manque d'‘empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui ;
- fait preuve d'attitudes et de comportements hautains.

- **3-7 personnalité borderline** :

- A peur du rejet et de l'abandon ;
- L'instabilité de l'humeur ;
- La difficulté à contrôler les pulsions, les actions, les réactions, les actes impulsifs souvent néfastes ;
- Les relations interpersonnelles instables ;
- Une difficulté avec l'intimité ;
- Une dissociation et une méfiance importante en présence de stress.
- L‘automutilation et les tendances suicidaires

- **3-8 Personnalité antisociale :**

- Indifférence vis-à-vis des normes sociales, des émotions et droits d'autrui ainsi que par un comportement impulsif.
- Incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux
- Tendance à tromper par profit ou par plaisir, (des mensonges répétés, l'utilisation des escroqueries ; Impulsivité ;

- Irritabilité et agressivité
- Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
- Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.
- Tendance marquée à rejeter la faute sur les autres

- 3-9 Personnalité obsessionnelle compulsive :

- L’importance accordée aux détails ;
- Le perfectionnisme ;
- L’ardeur excessive au travail;
- La rigidité et l'entêtement ;
- L’excès de conscience ;

10- Les troubles des conduites instinctuels et sociales :

– **Le sommeil :**

- Le sommeil est un phénomène actif, aussi bien par le déroulement de ses différents stades que par l'activité psychique très particulière qui a lieu pendant cette suspension rythmique de la conscience vigilé. Il est très fréquemment perturbé au cours des troubles mentaux.

– **Les insomnies :**

- L’insomnie d’endormissement, les réveils nocturnes accompagnés ou non de rêves angoissants. Elle est fréquente dans l’anxiété et la dépression.
- L’insomnie matinale : avec réveil précoce, caractéristique des dépressions sévères. Elle est par contre assez banale chez les sujets âgés.

- l’insomnie totale : est exceptionnelle elle peut s’observer au cours de la manie, la confusion mentale, les délires, ou les sevrages d’alcool ou d’hypnotiques.
- La désorganisation du rythme circadien, avec somnolence diurne et insomnie nocturne est fréquente dans les démences et dépression.

- **Les hypersomnies :**

- L’hypersomnie chez les sujets anxieux et dépressifs pour qui le sommeil constitue un refuge.

- Les hypersomnies paroxystiques :
  - narcolepsie : ou besoin impérieux de dormir, survenant par accès brutaux et brefs (15 à 30 minutes) qui s’associent à des accès de cataplexie, des hallucinations hypnagogiques et des troubles du sommeil.

– **les autres anomalies du sommeil :**

- **c-1 les phénomènes de l’endormissement :**

- - le mentisme : défilement rapide d’idées ou d’images mentales incontrôlables. Il est généralement secondaire à un état de fatigue, de tension ou d’anxiété réactionnelle banale.

- - les phénomènes hypnagogiques : surviennent entre l’éveil et le sommeil, des phénomènes sensoriels (audition d’un bruit, d’une vision d’une lumière), moteurs (sursaut musculaire) ou psychosensoriels (illusions et fausses hallucinations, généralement visuelles).

- **c-2 les phénomènes de rêve :**

- - Le rêve est normal. Cependant, dans l’anxiété, les rêves peuvent être trop prégnants ou trop pénibles.

- - les cauchemars se caractérisent par des réveils brutaux, une angoisse importante et des réactions végétatives (polypnée, tachycardie) .

- **c-3 les phénomènes moteurs :**

- Le somnambulisme : il consiste en une déambulation coordonnée qui n'interrompe pas le sommeil, dont le malade reste inconscient et dont il ne garde pas le souvenir. Il disparaît presque toujours à l'adolescence. A l'âge adulte ; il pose le problème diagnostique d'une épilepsie psychomotrice.

8- Les troubles des conduites alimentaires :

- **Les conduites de restriction alimentaire :**
- **a-1 l’anorexie :**
- Elle se définit par la diminution ou la perte de l’appétit. Elle peut être volontaire ou non, entrainer une perte de poids plus ou moins importante et être renforcée par des vomissements volontaires.

- Elle peut s’observer dans :
- - l’anorexie mentale : ou la restriction alimentaire et l’amaigrissement s’accompagnent d’une aménorrhée, d’un maintien des activités intellectuelles et sociales et de difficultés à accepter une image corporelles et un statut sexuel féminin.
- - la dépression : ou l’anorexie s’associe à un ralentissement de la plupart des fonctions psychiques et biologiques.

- **a-2 le refus alimentaire** :

- C’est une restriction sans perte de l’appétit, qui s’observe dans un contexte délirant (idées de culpabilité, de persécution) et ou dépressif.

- **b- les excès alimentaires :**

- La boulimie : elle se caractérise souvent mais inconstamment par une sensation de faim intense, souvent vécue dans l’angoisse et amène le sujet à absorber rapidement une grande quantité de nourriture, sans faire le choix alimentaire et souvent en se cachant.

- Elle se voit dans :
- la manie, la schizophrénie, les déments, les arriérés, les anxieux, les déprimés .
- La gloutonnerie elle qualifie l'avidité et la rapidité à manger de certains arriérés et déments.

- L’hyperphagie : c’est l’absorption excessive de nourriture qui entraine une prise de poids. Elle est souvent en rapport avec des difficultés affectives, une immaturité ou tendance dépressive ; mais elle peut exister en dehors de tout contexte psychopathologique.

- La potomanie : c’est le besoin permanent et difficilement contrôlable d’ingérer de grandes quantités de liquides, de l’eau le plus souvent. Elle se rencontre en dehors du diabète insipide, chez les personnalités histrioniques et psychopathiques.

- <u>La dipsomanie :</u> c’est le besoin irrésistible, survenant, par accès intermittents, de boire de grandes quantités de boissons généralement alcoolisés. Elle une des formes de l’alcoolisme intermittent, parfois en rapport avec une dépression.

- **c - les conduites alimentaires aberrantes :**
- le mérycisme : c’est une régurgitation des aliments avec rumination interminable (l’arriération mentale).
- Le pica : c’est l’absorption de substances non nutritives : terre, savon, chevaux.
- La coprophagie : l’absorption d’excréments, souvent associée à des conduites de barbouillage, s’observe chez les déments et chez certains schizophrènes.

– Les conduites sphinctériennes :

- Le contrôle sphinctérien est acquis la plupart du temps au cours de la 2ème et ou la 3ème année, lorsque la maturation fonctionnelle du système nerveux.
- Les troubles sphinctériens correspondent soit à un retard dans l'acquisition de ce contrôle par l'enfant, soit à sa perte temporaire ou définitive chez l'adulte.

- **b- Les troubles sphinctériens des états organiques :**

- - l’incontinence sphinctérienne : c’est le relâchement involontaire et incontrôlable des sphincters.

- **C- <u>Les troubles des conduites sphinctériens chez l’adulte :</u>**
- **<u>c-1 Le gâtisme psychotique :</u>**
- Assez rare dans la schizophrénie catatonique. Il comporte un désintérêt complet pour l’hygiène corporelle, un laisser aller total, des mictions et des défécations dans les vêtements ou dans le lit, voire des activités de coprophagie.

- **c-2 Les rétentions aigues d’urine :**

- Elles peuvent s’observer dans les états de stupeur, mélancolique ou catatonique. Elles sont souvent supportées sans douleur apparente, voire avec indifférence.

10-4: Les conduites sexuelles :

a- Les troubles de la fonction sexuelle :

- **a-1 Chez l’homme comme chez la femme :**
- L’indifférence à la sexualité et l’apragmatisme sexuel avec absence de désir et de plaisir peuvent s’observer dans les états dépressifs. A l’inverse les états d’excitation s’accompagnent souvent d’une hyperactivité sexuelle.

- **a-2: Chez l’homme :**

- - le trouble de l’érection peut être partiel ou totale. Elle réalise une érection insuffisante pour aboutir à la pénétration et à un coït normal. Elle est le plus souvent psychogène et dans ce cas les érections matinales spontanées sont généralement conservées.

- - l’éjaculation précoce est caractérisée par une éjaculation survenant dans les toutes 1ères minutes du rapport sexuel, voire avant la pénétration, et surtout plus tôt que ne le souhaite le sujet.
- - le retard ou l’absence d’éjaculation (anorgasmie masculine). Elle peut être causée ou renforcée par un facteur organique ou la prise de médicaments psychotropes.

- **a-3 Chez la femme :**
- - **l’anorgasmie**
- - **la dyspareunie** se caractérise par l’existence de douleurs survenant lors de la pénétration et au cours du coït
- - **le vaginisme** est une contraction douloureuse des muscles pelviens empêchant parfois le coït.

- **Les paraphilies ou déviations sexuelles :**
- Remplacent le terme de perversions, on décrit ainsi :
- **b-1 les déviations du choix de l'objet sexuel :**
- - **La masturbation ou onanisme :** banale et non pathologique. Elle ne parait pathologique que lorsqu'elle est préféré à une activité sexuelle normale ou lorsqu'elle est compulsive ou stéréotypé.

- - **<u>l’homosexualit</u>é** relations sexuelles entre partenaires du même sexe. Elle n’est considérée comme pathologique que lorsqu’elle est mal supportée par le sujet et entraînant une souffrance psychique.

- **la pédophilie :** caractérise l’attirance sexuelle pour les enfants.
- - **la gérontophilie** : est l’attirance sexuelle pour les vieillards
- **- la zoophilie** : est l’attirance sexuelle pour les animaux.

- **b-2 les déviations des modalités du comportement sexuel :**

- **- le sadisme :** c'est l'obtention de la satisfaction sexuelle par des souffrances physiques et des humiliations infligées à un partenaire non consentant.

- **le masochisme** : est l’obtention du plaisir sexuel en se faisant infliger des souffrances physiques et des humiliations.

- **- le fétichisme** est caractérisé par la fixation du désir érotique sur un objet inanimé ou sur une partie limitée du corps de la partenaire, qui seul procureur l’excitation sexuelle.

- **le voyeurisme :** est l’obtention du plaisir sexuel par le spectacle de la nudité d’autrui ou l’observation de personnes en train d’avoir des rapports sexuels
- - **l’exhibitionnisme** est l’obtention du plaisir sexuel par l’exhibition des organes génitaux, souvent accompagnée de masturbation, devant un tiers pris au dépourvu.
- **- le transvestisme ou travestisme** est l’utilisation de vêtements de l’autre sexe pour obtenir l’excitation sexuelle.

- **10-7 Les conduites sociales :**

- Elles représentent un domaine ou les fonctions psychiques de l’individu interagissent avec son environnement concret.

- C’est là que vont apparaître clairement un certain nombre de troubles, notamment ceux qui perturbent les capacités relationnelles des malades.

1 - La vie familiale :

- On tentera de préciser les modalités de la vie familiale du sujet et son historique, ses relations avec son conjoint et ses enfants, l’existence de parents vivant au foyer et la cohésion du groupe familiale.

- Les expressions intrafamiliales de la pathologie des individus, sont très diverses, mais rarement spécifiques d’un trouble mental précis. Elles peuvent se voir aussi bien chez les malades que chez les sujets considérés comme normaux. Il en est ainsi des conduites d’indifférence à l’égard du conjoint, des conflits et des mésententes conjugales, des carences éducatives et de certaines conduites incestueuses.

- D’autres comportements sont plus caractéristiques d’états pathologiques.
- Il peut s’agir d’une instabilité conjugale, de fugues, d’abandons répétés, de l’absence de toute relation affective, de la solitude, de la mise à distance d’autrui ou de la vie familiale réduite à un couple mère-fils (schizophrène, obsessionnels), de la violence intrafamiliale, des crises de jalousie répétées, (alcooliques chroniques, insuffisance intellectuelle).

- Elle est généralement révélatrice, mais peu spécifique, d’un certain nombre de troubles. La capacité de travail est constamment réduite dans les troubles thymiques, dans les épisodes psychotiques et les états d’excitation. La répétition des épisodes aigus menace généralement très vite l’adaptation professionnelle, et les déficits liés aux psychoses chroniques expliquant en partie la déqualification et les pertes d’emploi de ces malades.

- Cependant, de nombreux délirants chroniques peuvent maintenir longtemps une activité professionnelle, souvent au prix de difficultés relationnelles qui le rendent assez isolé dans leur milieu professionnel.
- De plus, des métiers ne demandent pas trop de contact avec autrui, et reposant sur des schémas d’activité assez répétitifs, peuvent être d’excellents moyens de réadaptation pour les schizophrènes chroniques.

- Enfin certaines personnalités pathologiques expriment dans le travail les mêmes tendances qu’elles présentent dans les autres domaines de leur vie, telle l’instabilité des déséquilibrés, aux multiples démissions et licenciement, ou l’excessive prudence des anxieux qui peut les amener à exercer une profession moins qualifiée que ne leur permettraient leurs possibilités.

- **Les conduites médico-légales :**
- Environ 10% seulement des délits sont la conséquence directe de troubles psychiques. Ainsi le délit le plus fréquent, le vol, est rarement observé dans la pratique psychiatrique. Si l'on excepte les toxicomanes en vue de se procurer de la drogue ou chez certains sujets confus, détériorés ou désocialisés. La kleptomanie ou impulsion obsédante à voler, qui vient soulager une lutte anxieuse, est quat à elle exceptionnelle.

- La violence et les passages à l’acte agressif sont plus fréquents en pathologie mentale et peuvent s’observer dans la pathologie de la personnalité au cours de l’épilepsie, en réaction à l’angoisse dans las états confusionnels ou sous l’influence d’une idée délirante dans les psychoses chroniques. La principale cause facilitant l’expression de l’agressivité reste l’alcoolisme, qu’il soit aigu ou chronique.

- C’est aussi dans ce contexte que sont observés bon nombre de viols et de sévices.

- L’homicide est rare chez les malades mentaux, et rien ne démontre que la dangerosité globale de ceux-ci soit supérieure à celle de la population générale.

- Cependant certains troubles impliquent une dangerosité particulière tels les délires passionnels, certains états d'excitations et de fureur, ou le malade tue dans un mouvement de violence aveugle (fureur épileptique ou catatonique, l'impulsion schizophrénique enfin qui entraine parfois un meurtre inexpliqué, voire immotivé. Les homicides commis par des sujets débiles ou déments sont rares.

- Enfin la mélancolie délirante peut être à l’origine d’un meurtre « altruiste », généralement suivi de suicide, destiné à éviter à la victime les souffrances qu’éprouve le sujet.

LA SEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUE CHEZ L'ENFANT

1- Les troubles du comportement moteur :

1-1 Le trouble de l'acquisition de la coordination

Il interfère gravement avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante (maladresse, ou lenteur motrice). Il existe souvent des troubles associés : troubles du langage, des apprentissages, des difficultés relationnelles avec les pairs.

- L’enfant peut présenter un retard dans les différentes étapes du développement moteur (pour s’asseoir, ramper, marcher).
- Il convient de rechercher une prématurité, une hypoxie néonatale, une malnutrition, des anomalies neurologiques…

- Un dépistage rapide s’obtient en demandant à l’enfant de sauter à pieds joints, à cloche pied, de se tenir sur une jambe, de taper du doigt, attraper un ballon…

- 1-2 **Les tics :**
- - Les tics sont des **mouvements moteurs, ou des vocalisations,** involontaires, soudaines, rapides, récurrentes, non rythmiques et stéréotypées.
- - **Les tics moteurs simples** sont composés de contractions rapides et répétitives de groupes musculaires fonctionnellement similaires, par exemple : clignement des yeux, mouvements brusques du cou, haussement des épaules et grimaces.

- Les tics vocaux simples banals comportent la toux, le raclement de gorge, le reniflement et le ronflement.
- \- Les tics moteurs complexes sont plus déterminés et plus ritualisés que les tics moteurs simples. Ils comportent le mâchonnement, des comportements tels que sauter, toucher, flairer un objet.

- 1-3 **<u>L’hyperactivité :</u>**

- - C’est une activité psychomotrice excessive. Elle doit être observée dans au moins deux situations (par exemple à l’école et à la maison). Cette hyperactivité peut s’associer ou non aux troubles de l’attention.

- A l’école ces enfants ne peuvent pas suivre les instructions et nécessitent souvent une attention supplémentaire des enseignants. A la maison, ils ont des difficultés à se conformer aux demandes de leurs parents. Ils présentent un comportement impulsif, une labilité émotionnelle et sont tendus et irritables.

- **1-3 <u>Les comportements perturbateurs :</u>**
- - C’est un ensemble de comportement négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d’autorité.

- Ils se caractérisent par des épisodes fréquents : d’accès fréquents de colère, de contestation avec les adultes ; d’opposition souvent active ou refus de se plier aux demandes ou aux règles des adultes ; d’agissements qui ennuient les autres ; de méchanceté et attitude vindicative.

- **2- Les troubles du langage :**

- Ils sont un motif fréquent de consultation de pédopsychiatrie. Ils sont très variables, du simple retard de maturation ; au trouble plus grave révélateur d'une psychose.

- **2-1 Les troubles de l’articulation**

- C’est l’incapacité à prononcer correctement un phonème. Les troubles articulatoires sont souvent isolés, mais peuvent être associés à des troubles de la parole ou du langage. Les consonnes les plus touchées sont les consonnes dites "constrictives" : zézaiement ou zozotement, chuintement.

- **2-2 <u>Bégaiement</u> :**

- Affecte le rythme et le débit de la parole. Il s’agit de répétitions ou de prolongations involontaires, fréquentes, de sons, de syllabes ou de mots perturbant la fluence verbale en l’absence d’anomalie organique.

- On distingue le bégaiement tonique avec des blocages de l’émission des sons, et le bégaiement clonique avec répétitions saccadée et explosive d’une syllabe.

- 2-3 Retard de parole :
- Ce trouble porte sur l'ensemble de l'organisation phonétique du langage. C’est la persistance au-delà de 4-5 ans des simplifications phonétiques normales (parler bébé). Il existe alors une confusion et une substitution des phonèmes (remplacement de consonnes), une omission de finales (voitu pour voiture), une simplification des phonèmes complexes (tatine pour tartine), une simplification des mots, un déplacement ou une répétition de certains phonèmes à l’intérieur des mots.

- **2-4 Retard simple de langage :**
- L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé. Si la compréhension du langage est généralement bonne, le langage reste rudimentaire, le vocabulaire est pauvre, les termes de liaisons et les pronoms manquent (style télégraphique), le temps des verbes est mauvais, le pluriel n'est pas utilisé, les mots sont souvent déformés. Les lacunes sont importantes bien que parfois masquées par une compréhension correcte.

- **2-5 La dysphasie :**
- C'est la forme la plus sévère et grave des troubles du langage. Elle est définie comme un trouble de la structure du langage sans substratum organique décelable et en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.

- Son diagnostic repose sur un langage absent ou très sommaire chez un enfant de plus de 6 ans. Le vocabulaire est très imprécis et rudimentaire, parfois difficilement compréhensible. Les erreurs syntaxiques sont nombreuses.

- **2-6 Le mutisme :**
- C’est la disparition du langage chez un enfant ayant antérieurement parlé, en l’absence de toute aphasie. Le mutisme est involontaire, il peut être passager ou durable, total ou électif.

- Le mutisme total ne dure souvent que quelques semaines, parfois suivi d’une période de chuchotement ou de voix basse. Il est souvent secondaire à une expérience traumatisante (deuil, séparation, violence).
- Le mutisme électif peut être extra familial, par exemple scolaire : l’enfant ne parle ni à ses professeurs ni à ses camarades tout en conservant une bonne efficience scolaire.

- **2-7 Les dyslexies :**

- Il s'agit d'un déficit sévère et durable de l'acquisition de la lecture chez un enfant d'intelligence normale. Les dyslexies sont fréquentes et surviennent en début d'apprentissage.

- **- Les troubles de l’intelligence :**
- L'intelligence est extrêmement difficile à définir. Son déficit recouvre les anciennes notions d'arriération et de débilité mentale. La définition du retard mental associe 3 caractéristiques :

- Un fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne (diminution du quotient intellectuel « QI »)
- - Des altérations ou déficits importants du fonctionnement adaptatif
- - Dont le début est avant 18 ans.

- Le retard mental apparaît plus comme un symptôme que comme une entité. Ainsi, le retard mental ne saurait, à lui seul, désigner l'enfant dans son ensemble. Il faut aussi apprécier son organisation psychique, prise dans sa globalité.

- **4-Les troubles des conduites alimentaires :**

- Ils constituent un motif très fréquent de consultation en pédopsychiatrie avant 1 an. Leur gravité est variable, depuis les simples fluctuations de l'appétit aux anorexies graves, avec risque vital.

- **5-1 Les anorexies**
- Il convient de distinguer l’anorexie commune, la plus fréquente, des formes sévères et complexes d’anorexies, beaucoup plus rares.
- **- L’anorexie commune** souvent dite d'opposition ou de sevrage

- L'anorexie apparaît comme un refus progressif ou rapide de l’alimentation solide, parfois à l’occasion d’un changement de régime alimentaire, d’une poussée dentaire, d’un sevrage. La consommation de liquide est satisfaisante.

- - L’anorexie complexe :
- - Avec vomissements fréquents retentissant sur la courbe de poids et associant une stagnation pondérale dans les cas les plus graves et chroniques.

- Après avoir éliminé une cause organique, une approche pédopsychiatrique est indispensable afin d'évaluer les relations mère-enfant et ce qui sous-tend l'angoisse maternelle (angoisse de mort, enfant non désiré, culpabilité…).

- Non traitées, certaines anorexies communes peuvent s’aggraver. L’enfant présente alors un tableau dépressif : il est inerte, passif et semble désinvestir le monde extérieur.

- D'autres anorexies peuvent témoigner d’un trouble grave du développement de l’enfant et être le symptôme d’un processus autistique en train de se constituer. Elles nécessitent une prise en charge spécialisée.

- **<u>L’anorexie sévère précoce, non psychotique</u>** :
- - Elle est plus rare et beaucoup plus grave. La perte de poids est constante.
- - Elles sont très précoces, après la naissance (1er trimestre).

.

- L’enfant semble ne pas avoir faim; il a peu de mouvements de succion ou de déglutition. Il interagit très peu avec son entourage. Son regard est fixe et semble vide. L'enfant est passif, indifférent, peu mobile, rejetant la tétine proposée. La gestuelle est lente, la mimique, pauvre. Il y a peu de sollicitations vocales et corporelles

- - Le pronostic vital est parfois engagé.
- - Le contexte de survenue est celui d'une privation affective. Par exemple lorsque la mère est très sévèrement déprimée, l’enfant ne pouvant pas alors introjecter une représentation stable de sa mère, du fait du manque d’investissement de celle-ci à son égard.

- **5-2 Les vomissements :**
- Dits psychogènes ou fonctionnels. Ils surviennent souvent au 2ème semestre (parfois plus tôt). Ils peuvent être spontanés ou provoqués, isolés ou associés à une anorexie. L'enfant finit par avaler des aliments, puis vomit. Plus l'enfant est petit, plus les risques de déshydratation sont grands.

- **5-3 Le mérycisme :**
- Il survient en général entre 3 mois et 1 an. Une première période de comportement normal doit avoir précédé le trouble. Il est plus fréquent chez le garçon. Le mérycisme est une régurgitation provoquée et répétée, plus ou moins importante, du bol alimentaire, suivie de la rumination des aliments avant nouvelle régurgitation.

- **5-4 Le Pica :**

- C’est l’ingestion répétée de substances non comestibles (peinture, plâtre, sable, terre (géophagie), cailloux, papier, ficelles, cheveux…) alors que l’enfant est clairement en âge de distinguer entre objets et aliments.

- **5-5 La potomanie :**

- Il s’agit d’une consommation excessive d’eau, jusqu’à plusieurs litres par jour. Les causes organiques sont fréquentes . (Un trouble du développement, une déficience mentale).

- **5-6 Les coliques idiopathiques :**

- Survenant typiquement du 1er au 3ème mois, ces coliques sont très fréquentes. Elles cessent classiquement au 6ème mois. Le bébé est en bonne santé mais s’agite brutalement en hurlant, quelques minutes après le repas alors qu’il était près de s’endormir.

- Il donne l'impression de douleur et son faciès est rouge et révulsé. L'épisode de colique peut durer plusieurs heures. L’enfant se calme au bercement, mais les cris reprennent ensuite.
- Les coliques seraient l’expression psychosomatique de l’angoisse (en dehors d’une cause organique).

- **6-Les troubles sphinctériens :**

- Motif très fréquent de consultation pour le jeune enfant. Les troubles sphinctériens sont le résultat de l'intrication de plusieurs facteurs, physiologiques et psychologiques.

- **6-1 L’énurésie :**

- - C’est un trouble du contrôle de la miction.

  Celle-ci est normale, active et complète mais

  involontaire, inconsciente et non contrôlée,

  après 4 ans.

- - On distingue :
- - l’énurésie primaire (sans une période propreté)
- - l’énurésie secondaire (après une période de propreté)
- - l’énurésie nocturne (la plus fréquente)
- - l’énurésie diurne.

- **6-2 L’encoprésie :**
- C’est une défécation involontaire ou délibérée chez un enfant de plus de 4 ans. En l'absence de toute affection organique. Elle est moins fréquente que l'énurésie. Elle est plus souvent secondaire que primaire et presque exclusivement diurne. Enfin, elle est permanente ou intermittente.

- L’encoprésie secondaire est la plus fréquente, succédant ainsi à une période plus ou moins longue de propreté. Elle survient alors entre 5 et 8 ans.

- **7- Les troubles du sommeil :**

- Les troubles du sommeil se présentent de manière différente et n'ont pas la même signification en fonction de l'âge de l'enfant.

- 7-1 Chez le nourrisson :

- L'insomnie est le principal trouble du sommeil chez le nourrisson.

- Les réveils sont très fréquents et les périodes de sommeil trop courtes. Les insomnies sont classiquement de 3 types:

- Insomnie commune : réveils fréquents, pleurs, cris…
- - Insomnie agitée et bruyante: pleurs, cris et manifestations motrices pouvant aller, dans les formes graves, jusqu'à se taper la tête avec les poings ou contre les barreaux du lit.

- Insomnie calme : le nourrisson reste éveillé, les yeux grands ouverts, immobile, absent, sans appeler et sans jouer. Ce type d'insomnie se retrouve fréquemment dans les antécédents de psychose infantile.
- Certains enfants luttent contre le sommeil et arrivent à ne dormir que 4-5 heures.

- 7-2 Chez l’enfant :
- **a- L’opposition au coucher** est fréquente de manière occasionnelle chez tous les enfants et il est important que l’enfant ressente qu’il possède une "certaine" maîtrise de la situation. On ne parlera de trouble que devant la répétition du phénomène de manière fréquente. Deux cas de figure sont alors retrouvés :

- Refus du coucher : fréquent entre 2 et 4 ans, marquant une opposition aux parents : l'enfant refuse d'aller au lit ou se relève. Cela s'accompagne de manifestations bruyantes qui s'éternisent (pleurs, cris…)

- \- Phobie du coucher : l'enfant a peur de se coucher : angoisse d'être séparé des parents, peur du noir qui persiste, peur de s'endormir.

- **b- Les dysomnies :**

- **b-1 Les insomnies d'endormissement** :

- Elles sont fréquentes aux 2ème et 3ème années de vie (et se réactivent au cours de l'adolescence)

- Chez le petit enfant, elles se retrouvent à l'endormissement ou en première partie de sommeil.

- A l'adolescence, elles témoignent d’une angoisse des changements de cette période, mais il convient de prendre garde à une dépression débutante ou . Il s’agit d’un symptôme d’appel qui nécessite une prise en charge globale de la situation de l’adolescent.

- **b-2 Les hypersomnies** :
- Elles sont fréquentes, surtout chez l’adolescent dont le rythme de sommeil est inversé. Cette hypersomnie est parfois le refuge devant des difficultés qu'affronte le jeune (difficultés familiales, scolaires…). Là encore, il s’agit d’un symptôme d’appel qui nécessite une prise en charge globale de la situation de l’adolescent.

- **b-3 Les troubles du cours du sommeil ou parasomnies :**
- * Les terreurs nocturnes :
- L’enfant est retrouvé assis dans son lit, après un cri ou un hurlement. Il a les yeux grands ouverts et paraît effrayé. Parfois, il semble se débattre contre des images terrifiantes, comme halluciné. Il ne reconnaît pas ses proches qui n'arrivent que difficilement à le calmer.

- Les manifestations végétatives sont intenses : sueurs, tachypnée et tachycardie. L’épisode dure généralement ¼ d’heure et l’enfant se rendort. Au réveil, l’amnésie du rêve est totale.

- * Le cauchemar ou rêve d'angoisse :
- Le cauchemar (ou rêve d’angoisse) provoque un réveil (brutal) de l’enfant. L'enfant se réveille, pleure, appelle et se calme assez facilement en présence des parents. Les manifestations végétatives sont modérées. Ces épisodes sont banals entre 3 et 8 ans.

- * Le somnambulisme :
- Le somnambulisme est une activité motrice plus ou moins complexe (de quelques mouvements stéréotypés à une déambulation) inconsciente, sans souvenirs au réveil.
- L'accès peut durer une dizaine de minutes, plutôt en début de nuit. Il est plus fréquent chez le garçon entre 5 et 12 ans. Il n'y a aucun danger à réveiller l'enfant. Il disparaît spontanément à la puberté.

- * La somniloquie :

- La somniloquie correspond au fait de parler pendant le sommeil, de quelques mots au vrai discours. Souvent brève et banale.